



Child Care Delivery System (Sistema de Prestación de Servicios a Menores)

Sistema de Prestación de Servicios a Menores (CCDS) ayuda a los padres de familia que están tratando de obtener autosuficiencia económica dándoles más oportunidades para arreglos de cuidado infantil.

Para ser elegible para los cuidados infantiles:

- La familia debe tener una entrada total (sin descontar impuestos) que no exceda al 85% de la entrada media estatal
- El padre/madre(s) deben estar participando en entrenamiento, educación o actividades de empleo. Estos deben ser de un mínimo de 25 horas a la semana en el caso de un solo padre/madre y 50 horas semanales en el caso de un hogar con padre y madre.

CCDS también toma en cuenta:

- Todos los ingresos económicos que tiene la familia.
- La composición de la familia y los beneficios que reciben sus miembros

Si usted es elegible, se le pedirá que presente la información siguiente para su cita de admisión:

- Tarjetas de seguridad social (SS) y registro de nacimiento o carta medica para cada niño(a) de la familia.
- Prueba de residencia actual (ejemplo: Cuenta de servicios o copia del contrato de arrendamiento (rental agreement)).
- Los tres recibos (stubs) de pago más recientes del empleador actual de todos los miembros de la familia que trabajan. Una verificación de empleo puede utilizarse solamente en el caso de que se trate de un nuevo empleo. Estos incluyen los ingresos de cualquier persona mayor de 14 años que este trabajando y que gane mas de \$50.00 mensuales. **NOTA: para ser elegible para recibir cuidado infantil subsidiado usted debe estar trabajando o participando en un programa de entrenamiento por mas de 25 horas semanales en caso de una familia con un solo padre/madre y 50 horas semanales para una familia con los dos padres de familia en casa.**
- Horario actual de la escuela, notas y documentación relativa a ayuda financiera. Las notas deben mostrar su concentración principal en el entrenamiento, que debe corresponder a un AWS Target Ocupación.
- Historia de tres meses de sostenimiento de un menor si son pagados por el Attorney General (Procurador General), aún en el caso de que el total de la cantidad pagada corresponda a \$0 o una carta del padre/madre especificando la cantidad exacta y la frecuencia con la cual se recibe. Esta carta debe incluir nombre, número telefónico y dirección de domicilio.
- Prueba de beneficio(s) tales como Food Stamps (estampillas para alimentos), Medicaid, Tanf (AFDC), SSI y otros beneficios.
- Si tiene un negocio propio o recibe pago en efectivo debe presentar una copia total de la declaración para pago de impuestos (tax return). Usted debe incluir también una lista detallada de todos los gastos pagados y los recibos (mostrando un período de 3 meses). También recibos de los pagos a usted por la prestación de sus servicios.
- Si su hijo tiene una incapacidad debe presentar la documentación correspondiente a la incapacidad actual. (Ejemplos: Carta de un doctor, IFSP de un programa de Early Childhood (educación preescolar o el IEP de la escuela).
- Debe presentar su identificación o licencia asignado por el Estado de Texas (Texas I.D. or Driver's License). Tiene que estar valida al tiempo que la presente.



**City of San Antonio
Child Care Delivery System**
(Ciudad de San Antonio Sistema de Prestación Cuidados a Menores)

Forma de Aplicación

Fecha:

Nota: Su aplicación le será devuelta si no completa todas las secciones aplicables.

| Información sobre el Caso (Madre o padre) | | | | |
|---|--|--|--|--------------------------|
| Nombre: Apellido primero, MI | | Fecha nacimiento: | Número SS (seguridad social): | Sexo: Etnicidad: |
| Dirección: | | Apt #: | Ciudad/Estado: | Código postal: |
| Dirección postal : (Si es diferente) | | | | Condado: |
| Teléfono casa: | Teléfono trabajo: | Teléfono celular: | Estado civil: <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) | |
| Nombre del empleador: | | Horario de trabajo:(Exc. Lunes a viernes 8am.a 5.00pm.) | | Fecha contratación |
| Dirección: | | Número de horas trabajadas semanalmente: | | |
| Salario por hora: | Entrada total: (Sin descontar impuestos) | Frecuencia pagos: | Otras entradas: | |
| \$ | \$ _____/mensual | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada dos meses | <input type="checkbox"/> Propinas \$ _____ <input type="checkbox"/> Bonos \$ _____ <input type="checkbox"/> Comisión \$ _____ <input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____ <input type="checkbox"/> Compensación al Trabajador \$ _____ <input type="checkbox"/> Ninguno \$ _____ | |
| Nombre escuela o centro de entrenamiento: | | Horario escuela: (Exc. l-v 8.00am.-5.00pm.) | | Horas este semestre: |
| Dirección | | Área de mayor concentración: | | Fecha inicio de escuela: |
| | | | | Horas |
| Niños que requieren los cuidados (Use una hoja separada si es necesaria) | | | | |
| 1. Nombre: | | Fecha nacimiento: | Número SS:(Seguridad social) | Sexo: Etnicidad: |
| | | | | Raza: |
| ¿Tiene el niño/a una incapacidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | ¿Se requieren cuidados? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Si afirmativo, tipos de cuidados requeridos) <input type="checkbox"/> Día completo <input type="checkbox"/> Día parcial | | Relación (parentesco): |
| Si positivo, describa la incapacidad: | | <input type="checkbox"/> Después de la escuela/en edad escolar | | |
| 2. Nombre: | | Fecha nacimiento: | Número SS:(Seguridad social) | Sexo: Etnicidad: |
| | | | | Raza: |
| ¿Tiene el niño/a una incapacidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | ¿Se requieren cuidados? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Si afirmativo, tipos de cuidados requeridos) <input type="checkbox"/> Día completo <input type="checkbox"/> Día parcial | | Relación (parentesco): |
| Si positivo, describa la incapacidad: | | <input type="checkbox"/> Después de la escuela/en edad escolar | | |
| 3. Nombre: | | Fecha nacimiento | Número SS:(Seguridad social) | Sexo: Etnicidad: |
| | | | | Raza: |
| ¿Tiene el niño/a una incapacidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | ¿Se requieren cuidados? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Si afirmativo, tipos de cuidados requeridos) <input type="checkbox"/> Día completo <input type="checkbox"/> Día parcial | | Relación (parentesco): |
| Si positivo, describa la incapacidad: | | <input type="checkbox"/> Después de la escuela/en edad escolar | | |
| 4. Nombre: | | Fecha nacimiento | Número SS:(Seguridad social) | Sexo: Etnicidad: |
| 4. Name: | | | | Raza: |
| ¿Tiene el niño/a una incapacidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | ¿Se requieren cuidados? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Si afirmativo, tipos de cuidados requeridos) <input type="checkbox"/> Día completo <input type="checkbox"/> Día parcial | | Relación (parentesco): |
| Si positivo, describa la incapacidad: | | <input type="checkbox"/> Después de la escuela/en edad escolar | | |

****Indique si usted u otro miembro de familia tiene un segundo trabajo (Use otra hoja si es necesaria)**

| Información sobre cónyuge o compañero(a) (Solamente si viven en la misma casa) | | | | |
|--|--|---|---|-----------------------------|
| Nombre | | Fecha nacimiento | Número SS (seguridad social): | Sexo: Ethnicidad: Raza: |
| Nombre del empleador: | | Horario de trabajo: (Exc. L a V 8am.a 5.00pm.) | | Teléfono trabajo: |
| Dirección: | | Número de horas trabajadas semanalmente: | | |
| Salario por hora: \$ _____ | Entrada total: (Sin descontar impuestos) \$ _____ /mensual | Frecuencia pagos: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada dos meses | O Otras entradas: <input type="checkbox"/> Propinas \$ _____ <input type="checkbox"/> Comisión \$ _____ <input type="checkbox"/> Bonos \$ _____ <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador \$ _____ <input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____ <input type="checkbox"/> Tips \$ _____ <input type="checkbox"/> Ninguno \$ _____ <input type="checkbox"/> Bonuses \$ _____ | |
| Nombre escuela o centro de entrenamiento: | | Horario escuela: (Exc. l-v 8.00am.-5.00pm.) | Horas este semestre: | Fecha inicio de escuela: |
| Dirección | | Área de mayor concentración: | Horas Hours this semester: | School start date: |

Miembros de familia (No listados anteriormente)

Número total de personas en su vivienda incluyéndose usted , cónyuge o/y compañero/a:

| | | | |
|------------|----------------------|------------|----------------------|
| 1. Nombre: | Fecha de nacimiento: | Número SS: | Relación/parentesco: |
| 2. Nombre: | Fecha de nacimiento: | Número SS: | Relación/parentesco: |
| 3. Nombre: | Fecha de nacimiento: | Número SS: | Relación/parentesco: |

¿Recibe usted alguno de los beneficios siguientes?

| | |
|---|--|
| Estampillas para alimentos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si afirmativo, ¿cuánto recibe? | Seguridad Social <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si afirmativo, ¿cuánto recibe? |
| SSI <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si afirmativo, ¿cuánto recibe? Por qu ién? _____ | T.A.N.F. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si afirmativo, ¿cuánto recibe? Por quién? _____ |
| Medicaid <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si afirmativo, ¿cuánto recibe? | Ayuda para Vivienda <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si afirmativo, ¿cuánto recibe?¿ |
| ¿Está recibiendo sostenimiento de menor o tiene arreglos financieros informales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si afirmativo, ¿cuánto recibe?¿ | ¿Está recibiendo sostenimiento de todos sus hijos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Para ser elegible para los servicios se requiere que usted activamente busque sostenimiento para todos sus hijos/as menores. ¿Se compromete a llenar este requerimiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Otras entradas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si afirmativo, ¿cuánto recibe? |

Yo entiendo que al firmar esta forma estoy aplicando para los servicios de Texas Workforce Commission (Comisión de protección para trabajadores de TX) o de alguna agencia bajo contrato con la Comisión. Toda la información familiar dada es completa y verdadera (Cliente) v refleja sus circunstancias en el momento de la aplicación.

Firma del/la cabeza de familia: _____ **Fecha:** _____
(Madre/padre)

La Ciudad de San Antonio es un empleador que proporciona igualdad de oportunidades

702 San Pedro, Suite 100 San Antonio, TX 78212 Phone: 210-246-5200 Fax: 210-246-5241